

GUIA 11

LEUCOPLASIA, ERITROPLASIA Y CANCER ORAL

LEUCOPLASIA.

Término clínico que indica: "un parche o placa blanca de la mucosa oral, que no puede ser desprendida por raspado y que no puede ser caracterizada clínicamente (ni patológicamente), como ninguna otra enfermedad". (OMS).

Se debe resaltar que "leucoplasia" (L) es un término clínico, sin connotaciones histológicas, sin relación con los hallazgos microscópicos.

Desde el punto de vista etiológico, se habla de L. IDIOPÁTICAS (20 % de los casos), cuando la causa es desconocida, y L. ASOCIADA AL TABACO (cuando se da esta relación).

Las placas blancas para las cuales se puede identificar una causa local, distinta al tabaco, se clasifican de acuerdo al agente causal, ej.: queratosis friccional, lesión galvánica, etc.

CAMBIOS HISTOLOGICOS:

Constituyen una amplia gama que varían desde una simple hiperqueratosis (orto o paraqueratósica), asociando luego acantosis y papilomatosis en grados variables, displasia en sus 3 grados (leve, moderada y severa), carcinoma in situ y Ca espinocelular invasor.

Las lesiones pueden progresar, atravesando los distintos estadios (empieza como PRECANCER y evoluciona a CANCER VERDADERO), pero otras saltan estadios, algunos o todos, y se desarrollan rápidamente como Ca invasor.

La reversion es posible, pero sólo hasta que se alcanza el grado de Ca in situ, que ya no es reversible.

ETIOLOGIA:

El factor etiológico conocido más importante es el uso de tabaco, ya sea fumado o lo que se llama sin humo (masticar tabaco, rapé -en polvo-).

El abuso de alcohol, traumatismos, infecciones por Cándida albicans, pueden jugar un rol en la etiología de la L.

También se ha citado como importantes a factores nutricionales, especialmente la anemia sideropénica asociada a disfagia (Síndrome de Plummer-Vinson o Paterson - Kelly).

Las diferencias geográficas en las tasas de transformación así como en cuanto a prevalencia y localización de las L. orales, están probablemente

relacionadas con las diferencias en los hábitos de uso del tabaco en distintas partes del mundo, y a la combinación del tabaco con otros agentes.

CLINICA:

Clasicamente aparece en adultos mayores de 40 años. Existe una tendencia reciente de los estudiantes secundarios a consumir tabaco sin humo, en EEUU, lo que puede producir un viraje hacia una población más joven.

La distribución por sexos practicamente se ha igualado por el aumento del hábito de fumar en las mujeres.

Los sitios más afectados son: la mucosa yugal (principalmente en la zona retrocomisural), la lengua (principalmente bordes y cara ventral), paladar, encía mandibular y labio inferior. Son infrecuentes en el piso de la boca y en la zona retromolar.

El riesgo de transformación neoplásica varía de una zona a otra. Es muy alto en el piso de la boca y cara ventral de la lengua; menor en labios y lengua y muy bajo en la zona retromolar.

SEGUN EL ASPECTO CLINICO se subdividen en:

A) **HOMOGENEAS (SIMPLES):** placa bien delimitada, no indurada, plana o con leve relieve, uniformemente blanca, de superficie lisa, corrugada o tipo piedra pomez. Todas **BENIGNAS E INOCENTES**. Representan 90 % de las L.

B) **NO HOMOGENEAS:** cuando tienen alguna de las características siguientes: verrugosa, verrugosa proliferativa, nodular, eritroleucoplasia. Representan el 10% de las L. **PUEDEN DESARROLLAR CÁNCER.**

-Verrugosa: lesión exofítica con superficie verrugosa.

-Verrugosa proliferativa: comienza como una simple queratosis y se torna verrugosa, persistente, multifocal; es recurrente. No es infrecuente la transformación maligna. No se sabe con certeza si es o no un Ca verrugoso en sus estadios iniciales.

-Nodular: lesión exofítica sesil, de superficie blanca, granular o nodular.

-Eritroleucoplasia (L. erosiva o moteada): combina áreas rojas y blancas.

Como no hay correlación predecible estricta entre la presentación clínica y la histopatología, es **OBLIGATORIA LA BIOPSIA** cuando persiste a pesar del tratamiento. En lesiones muy extendidas se requieren biopsias múltiples; deben incluir las zonas más queratósicas, erosivas e infiltradas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

Con todas las LESIONES BLANCAS de la mucosa oral.

Si la lesión puede ser eliminada frotando con instrumento o gasa, se orienta hacia los procesos caracterizados por formación de pseudomembrana. Ejemplo: candidiasis.

Si la lesión persiste: Leucoedema, Nevus esponjoso blanco, Queratosis friccional, Queratosis galvánica, Liquen plano, Lupus eritematoso crónico, Paladar del fumador, Papiloma, Ca verrugoso.

TRATAMIENTO:

Eliminar tabaco, alcohol y otros agentes traumáticos.

Tratamiento antimicótico por frecuente asociación con Cándida.

Vitamina A.

En ausencia de displasia o con displasia mínima, se puede mantener conducta expectante. Cuidado en las zonas de alto riesgo.

Si hay displasia evidente se impone el tratamiento: electrocoagulación, criocirugía, laser, extirpación quirúrgica.

ERITROPLASIA

PARCHE ROJO DE LA SUPERFICIE MUCOSA
A MENUDO **REPRESENTA UN CA ESPINOCELULAR IN SITU O INVASOR**
EDAD Y ANTECEDENTES SIMILAR QUE PARA LEUCOPLASIA

ERITROPLASIA : Clínica:

Placa roja aterciopelada

Como áreas rojas lisas o con regiones de leucoplasia (moteada o en parches)

Piso de la boca (varones), lengua y mucosa yugal (mujeres). Zonas de alto

riesgo: igual que para Leucoplasia

1 a 2 cm de diámetro

Posiblemente representa la primera lesión visible en el desarrollo de un cáncer bucal asintomático

HISTOPATOLOGÍA:

*Ca IN SITU

*Ca INFILTRANTE

EN TODA ERITROPLASIA DEBE **EFFECTUARSE UNA BIOPSIA** SI LA ETIOLOGÍA NO ES OBVIA Y SI NO SE RESUELVE EN EL TÉRMINO DE 2 SEMANAS

EL CÁNCER ORAL **ES CURABLE** SI SE DETECTA TEMPRANO EN SU FORMA ERITROPLÁSICA **IN SITU**

CARCINOMA ORAL (= CARCINOMA ESPINOCELULAR)

Es el tumor maligno más frecuente de la cavidad oral. Representa el 90% de todas las neoplasias malignas. Raramente los Ca orales derivan de glándulas salivales y son de tipo adenoide quístico. Los Ca metastásicos y los sarcomas son excepcionales.

Existen variaciones geográficas muy importantes en relación con su frecuencia, localización dentro de la cavidad oral y tasas de sobrevida, probablemente vinculadas con hábitos relacionados con la etiología de esta condición.

ETIOLOGIA:

- TABACO: fumado o sin humo. Fumar al revés (“candela pa’dentro”).
- ALCOHOL
- AGENTES INFECCIOSOS: Candida albicans. T. pallidum. virosis (virus Epstein-Barr, citomegalovirus, virus herpes simple, HPV).
- FACTORES NUTRICIONALES: deficiencia de hierro.
- LUZ ULTRAVIOLETA: Ca de labio inferior
- OTROS: trauma mecánico, mala higiene

CLINICA:

Es más frecuente en el hombre aunque la frecuencia en la mujer va en aumento.

Se da principalmente entre los 50 y 70 años.

Puede asentar sobre una lesión previa (ej. leucoplasia) o sobre mucosa sana.

Se localiza en cualquier parte de la boca pero es mucho más frecuente en labio (1/3 del total y en 90 % de los casos en labio inferior). Sigue en segundo lugar la lengua (principalmente bordes, luego cara ventral; rara en el dorso). El resto se distribuye en piso de la boca, encía, mucosa yugal y paladar; trígono retromolar y pilar anterior.

El ASPECTO CLINICO es variable y depende de la forma de crecimiento predominante del tumor:

-EXOFÍTICO: masa fungosa o papilomatosa que sobresale claramente del tejido circundante.

-ENDOFÍTICO(o infiltrativo): la protuberancia es pequeña y el tumor se ubica en la profundidad del tejido, siendo más palpable que visible.

-ULCERADO: cualquiera de las 2 formas anteriores puede ulcerarse, sea por traumatismo o por necrosis tumoral. **TODA ULCERA PERSISTENTE POR 4 SEMANAS O MÁS** que no tiende a curar, **DEBE SER BIOPSIADA.**

METASTASIS: Se producen a ganglios linfáticos regionales (cervicales). Son más frecuentes y precoces en los Ca que asientan en la lengua, y principalmente en las formas infiltrantes, más que en las endofíticas.

HISTOPATOLOGIA: El tumor se compone de células atípicas, similares a las de un epitelio estratificado pavimentoso. Forman masas irregulares y cordones que invaden el corion. Las células son de forma y tamaño variables (pleomórficas), con núcleos grandes, hipercromáticos, pleomórficos e irregulares. Existen mitosis atípicas.

En las formas BIEN DIFERENCIADAS se produce queratinización en el centro de los islotes celulares (“perlas córneas”), y existen células con queratinización individual (“disqueratosis”).

A medida que el tumor se torna más indiferenciado (SEMIDIFERENCIADOS O SEMIMADUROS), existe mayor número de células atípicas y menor evidencia de queratinización.

En los totalmente INDIFERENCIADOS es imposible decir que el tumor es de origen epitelial por microscopía óptica; se requiere estudio inmunohistoquímico para detectar la existencia de queratina en el citoplasma de las células neoplásicas. Se confunden con otros tumores indiferenciados: sarcomas, melanomas y linfomas.

En la dermis existe reacción inflamatoria crónica.

El CARCINOMA VERRUGOSO (“PAPILOMATOSIS FLORIDA”) se presenta como una lesión verrugosa extensa, con poca tendencia a dar metástasis, y con histología que puede no mostrar atipías. Es de relativamente mejor pronóstico.

TRABAJO PRACTICO

CASO 1:

PACIENTE: GERARDO NN
INFORME N° 150-04
REMITIDO POR DRA NN
MATERIAL:

64 AÑOS

ANTECEDENTES: Lesión exofítica de superficie irregular, retrocomisural derecha, de 2 cm de diámetro, indolora.

EXAMEN MICROSCÓPICO:

Epitelio parcialmente paraqueratinizado, con áreas extensas de edema intracelular de las células espinosas en los estratos superior y medio.

Superficie irregular, con papilomatosis e invaginaciones que contienen queratina laminar invadida por neutrófilos.

El epitelio prolifera a modo de masas, en su mayoría voluminosas, que infiltran el corion, alcanzando extensamente los márgenes de sección. Se componen de queratinocitos espinosos voluminosos, con núcleos pleomórficos, grandes, vesiculosos, con nucleolos prominentes. Ocasional binucleación.

Frecuentes células apoptóticas y presencia de escasas perlas córneas. Escasas mitosis atípicas.

Estroma con muy denso infiltrado inflamatorio crónico con predominio linfocitario y numerosos plasmocitos. Vasos ectásicos, congestivos; algunos con paredes engrosadas.

DIAGNÓSTICO:

<u>CASO 2:</u>			
SEXO MASCULINO			
23 AÑOS	09/08/04	27075	

Lesión en zona posterior de carrillo izquierdo (zona de segundos molares).

MACROSCÓPICA: Fragmento oval, 6 x 4 mm, grosor variable, máximo 1 mm. Zona rugosa en el centro de la superficie. Se incluye entero.

MICROSCÓPICA: Epitelio intensamente acantósico. Muestra formación de capa córnea, gruesa y parcialmente paraqueratinizada. Ocasional presencia de capa granulosa.

Moderada elongación de las redes crestas, ensanchadas.

Las células de la capa basal aparecen hiperplásicas y desordenadas; algunas con núcleos hiper cromáticos y de contorno irregular. Excepcionales células disqueratósicas, ubicadas en estrato espinoso medio.

Papilomatosis leve a moderada. Presencia de capilares ectásicos y congestivos en las papilas. El corion superior muestra fibrosis y parches perivasculares de infiltrado linfoide.

DIAGNÓSTICO:

CASO 3:

Descripción de las alteraciones epiteliales y diagnóstico histopatológico de la siguiente imagen:

